

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

N° 250

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean BRÉMONT

Né le 6 juillet 1902 à Chaudeseignes - Cantal
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

DE LA SYMPTOMATOLOGIE

ET DU DIAGNOSTIC

DE

L'ILÉUS BILIAIRE

Président : M. LECÈNE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1929

032

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean BRÉMONT

Né le 6 juillet 1902

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

DE LA SYMPTOMATOLOGIE

ET DU DIAGNOSTIC

DE

L'ILÉUS BILIAIRE

Président : M. LECÈNE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1929

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . . Pathologie médicale.
 BINET . . . Physiologie.
 BLANCHETIERRE . . . Chimie biologique.
 BROcq . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHIRAY . . . } Pathologie médicale.
 CLERC . . . }
 DEBRÉ . . . Hygiène.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER . . . Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale.
 GATELLIER . . . Pathologie chirurgicale.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LARDENNOIS. Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX . . . Anatomie pathologique
 LEVY-SOLAI. Obstétrique.
 LHERMITTE . . Pathologie mentale.
 LIAN. . . . Pathologie médicale.
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale.
 MERCIER (Ferdinand). . . . Pharmacologie.
 METZGER. . . Obstétrique.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale
 MULON . . . Histologie.
 OBERLING . . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PHILIBERT. . . Bactériologie
 QUENU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHTER Fils . Physiologie.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE . . . Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 REPTERER . . . Histologie.
 ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE .	} Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
AUVRAY . .		MOCQUOT .	} Clinique chirurgicale.
CHEVASSU .		PROUST . .	
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	SCHWARTZ	
LE LORIER .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En témoignage de mon affection..

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur LECÈNE

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital St-Louis

*Hommage de respectueuse et de pro-
fonde gratitude pour le grand hon-
neur qu'il nous a fait en acceptant
la présidence de cette thèse.*

A M. le Professeur agrégé MONDOR

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et dont l'aide et les conseils
nous ont été si précieux dans l'éla-
boration de ce travail.*

Hommage de notre reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

M. le Professeur CHAUFFARD.

M. le Professeur LEJEARS.

M. le Docteur DUFOUR.

Externat

M. le Professeur COUVELAIRE.

M. le Docteur TIXIER.

M. le Docteur SOULIGOUX.

M. le Docteur FÉLIX RAMOND.

M. le Docteur LAFITTE.

INTRODUCTION

Le terme d'iléus biliaire doit être réservé à l'occlusion intestinale, aiguë, subaiguë, ou chronique provoquée par la migration d'un calcul biliaire dans l'intestin.

Depuis qu'elle est connue, cette affection a fait l'objet de nombreux travaux et de nombreuses thèses.

La pathogénie et le traitement de l'iléus biliaire, ont été étudiés d'une façon très complète ces dernières années, tant dans les Sociétés de Chirurgie, que dans plusieurs thèses, notamment celle de Dupont (Bordeaux, 1921) et celle de Daraigiez (Bordeaux, 1922).

En ce qui concerne la symptomatologie il n'en est pas de même, et on retrouve peu d'études sur ce chapitre de l'iléus.

Aussi il nous a paru intéressant de reprendre cette question de l'iléus au point de vue clinique.

Nous avons retrouvé plusieurs observations très intéressantes que nous reproduisons.

Nous publions une observation inédite que nous devons à l'obligeance de M. le Pr agrégé Mondor. Observation particulièrement intéressante, puisque pour la première fois, la radiographie nous a donné une image nette du calcul.

HISTORIQUE

Les premières notions d'iléus biliaires ne sont pas très anciennes, elles ne remontent en effet que vers la fin du xvii^e siècle. D'après Garin, c'est Lucas Schrock (Augsbourg, 1680) qui en ferait le premier mention. Quelques années après Gross (Breslau, 1696), Lemery (Amsterdam, 1704), van Swieten, Vici d'Azyr ainsi que Meckel et Monro le Jeune dans la seconde moitié du xviii^e siècle font allusion à cette cause d'occlusion intestinale.

En 1831 Fauconneau-Dufresne dans son *Traité de l'Affection calculieuse du foie et du pancréas* consacre un chapitre à la description des altérations anatomiques et des symptômes que provoque la présence des calculs dans les voies digestives.

Cruveilhier père en parle dans son *Traité d'anatomie pathologique* ainsi que Frerichs dans son *Traité des maladies du foie*.

C'est là la première période de l'histoire de l'iléus. Ce n'est qu'à partir de 1870 que la question commence à être étudiée sérieusement.

A cette époque se placent les travaux de Bryan et Clifford puis de Leichtenstein (1876), de Murchinson

(1878), puis paraissent les thèses de Mossé (thèse d'agrégation, 1880), de Leclos (Munich 1882) de Beraud (Paris, 1884), de Gonzalès (Paris, 1887), de Dragon (Paris, 1891). A cette époque Audry (*Lyon Médical*) réunit 6 cas d'iléus où la laparotomie amena 6 insuccès. Signalons encore à cette époque les travaux de Dufour (1887), les thèses de Holscher (Fribourg, 1887), de Schwann (1891), l'étude de Kirmisson et Rochard dans les *Archives générales de Médecine* (Paris, 1892), la communication de Korte au Congrès de la Société allemande de Chirurgie (1892).

En 1897 Kolliker dans le *Centralblatt für Chirurgie* étudie le diagnostic différentiel entre l'appendicite et l'occlusion intestinale par calculs biliaires.

Cette année-là paraît la Thèse de Raymond (Lyon, 1897) l'année d'après celle de Garin (Paris, 1898).

A la même époque en Allemagne Thèse inaugurale de Melzer (1899), de Funcke (Kiel, 1898).

Au début du siècle la question de l'iléus est surtout étudiée en Allemagne. Des études très complètes sont publiées par Rehn, par Honigsmann et surtout par Hermann dont la thèse (Iéna, 1904) contient 249 observations.

En 1909 en France, Leriche et Cotte, dans la *Gazette des Hôpitaux* résument les diverses notions acquises sur la question.

De 1909 à 1921 beaucoup d'auteurs ont étudié la question, de nombreux articles sont publiés, parmi lesquels nous citerons celui de Delagenière (*Archives provinciales de Chirurgie*, 1913).

Puis ce sont les travaux de l'école Bordelaise avec

Villar, Bégouin, de l'école Parisienne avec Delbet, Brodier, Souligoux, de l'école Lyonnaise avec Arnaud, Tavernier et Murard.

Le P^r Chauffard dans ses *Leçons sur la lithiase* consacre un chapitre à la description de l'iléus.

En 1920 paraît la Thèse de Dupont (Bordeaux, 1920) dans laquelle l'auteur s'attache à étudier surtout le traitement de l'occlusion.

En 1921, c'est l'importante discussion de la Société de Chirurgie de Paris, discussion à laquelle prirent part les D^{rs} Delbet, Quénu, Alglave, Beaumgartner, Souligoux, Grégoire, Tuffier et dans laquelle les auteurs après avoir apporté leurs observations personnelles mirent en relief l'exceptionnelle gravité de l'iléus biliaire.

En 1922 paraît la Thèse de Daraignez (Bordeaux, 1922) dans laquelle l'auteur publie une centaine d'observations et qui constitue une de ces études les plus importantes sur l'iléus.

Depuis, un silence relatif s'est fait sur cette question et dans ces dernières années on ne trouve plus que des observations isolées. Nous citerons cependant une revue générale sur l'iléus par M. Bonnecase et Lechaux, parue dans les *Archives de l'appareil digestif* (1924) et une étude de M. Bourde, dans les *Archives franco-belges de Chirurgie* (novembre 1924).

L'observation que nous devons à M. Mondor nous permet d'apporter le premier examen radiographique d'un iléus biliaire : nous voulons insister sur le rôle important de cette recherche, dans les cas obscurs, et sur la nécessité d'y recourir sans retard.

ÉTIOLOGIE. FRÉQUENCE

L'iléus biliaire n'est pas un accident fréquent de la lithiase biliaire, mais il est cependant moins rare qu'on le croit généralement.

Déjà Mossé en 1881 en relevait une soixantaine de cas. Dragon en 1891 : 140 cas, Gaillard en 1895 : 225 cas, Hermann en 1904 : 240 cas, Wagner en 1914 : 324. Dans sa thèse (Bordeaux, 1920) Daraignez publie une centaine d'observations parues depuis l'année 1900. Depuis 1922, une cinquantaine d'observations ont été publiées parmi lesquelles nous avons choisi les plus complètes et les plus intéressantes.

Quelle est sa fréquence relative aux autres cas d'occlusion.

Leischensten qui a fait une statistique portant sur 1553 occlusions — a trouvé 41 fois — le calcul biliaire en cause, ce qui fait une proportion de 1 pour 38.

Bernard 8 fois sur 360 cas d'occlusion, 1 pour 45.

En résumé il semble que l'iléus biliaire constitue 2 à 3 % des cas d'occlusion intestinale.

L'iléus survient surtout chez les malades qui sont le plus souvent atteints de lithiase biliaire, c'est-à-dire chez les femmes. D'après Kirmisson et Rochard il y au-

rait environ 3 femmes pour 1 homme. Pour Naunyn, 2 femmes pour 1 homme. Ces proportions paraissent un peu fortes. Dupont ne trouve en effet que 5 hommes pour 25 femmes. Et dans les 27 observations que nous publions, 2 fois seulement il s'agit d'hommes.

Ce sont les femmes âgées qui sont le plus souvent atteintes. La fréquence de l'iléus croît de 40 à 70 ans et décroît ensuite. On l'observe surtout de 60 à 70.

Pour Naunyn, 71 fois sur 122 cas, il s'agit de femmes de 50 à 70 ans.

Wagner a publié une large statistique portant sur 230 cas et voici ce qu'il a trouvé :

Malades âgées de 25 à 30 ans.	2
— 30 à 39 ans.	6
— 40 à 49 ans.	29
— 50 à 59 ans.	73
— 60 à 69 ans.	82
— 70 à 79 ans.	34
— 80 à 89 ans.	4

Sur 27 observations contenues dans notre thèse, nous avons trouvé :

De 40 à 49 ans.	3 cas
50 à 59 ans.	5 cas
60 à 69 ans.	12 cas
70 à 79 ans.	4 cas
80 à 89 ans.	1 cas

L'iléus biliaire est donc une affection de la femme et de la femme âgée et ces notions du sexe et de l'âge présentent un certain intérêt en vue du diagnostic.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

Quoique dans notre thèse nous nous proposons surtout de faire l'étude des symptômes de l'iléus biliaire. Nous pensons qu'il est cependant nécessaire de consacrer un chapitre à l'anatomie pathologique et à la pathogénie de cette affection. C'est en effet l'anatomie pathologique et la pathogénie qui donnent l'explication et qui nous servent à comprendre les symptômes et la marche de l'iléus.

Nous serons brefs, nous proposant seulement de résumer les faits importants qui sont admis par tous les auteurs et laissant de côté les faits discutés et controversés.

Le plus souvent, le calcul, agent de l'occlusion, est un gros calcul atteignant facilement le volume d'une noix, parfois d'un œuf de poule et même davantage. Il est en général unique, mais il n'est pas rare d'en trouver plusieurs. Comme chez la malade de Bonnacase et Le Chaux (obs. XXII), qui présentait 4 calculs dont 2 occlusifs. Leurs poids est au moins de 7 à 8 grammes — et en général de 13 à 30 gr. — il n'est pas exceptionnel d'en trouver de plus gros (Guener et Duval

55 gr., Bourdon 60 gr.). Ils reproduisent en général assez bien le moule de la vésicule. Ils sont constitués en grande partie de cristaux de cholestérine — mais dans le cours de leur traversée intestinale — ils se recouvrent très souvent de sels intestinaux.

Comment se fait la migration du calcul hors des voies biliaires ?

Elle peut se faire par les voies naturelles (obs. IX) le cholédoque se laisse distendre assez facilement au point de permettre le passage de la pierre (Villar). Mais, en général, le calcul passe dans l'intestin par perforation de la vésicule et de l'intestin à la faveur d'adhérences, par une fistule cystico-intestinale.

La vésicule habitée depuis longtemps se soude par sa face inférieure à la première portion du duodénum, où à l'angle colique droit et la perforation se produit soit par usure lente des tissus, d'où absence presque complète de signes, soit par rupture brusque des parois ; c'est un début alors dramatique ressemblant à une perforation d'ulcus. Le plus souvent le calcul pénètre dans le duodénum ; dans 65 % des cas, dans le côlon, 30 %, dans le jejunum quelquefois, nous citerons le cas de la malade de Hiller (obs. XXIV) sur laquelle le calcul est passé dans l'estomac au moyen d'une fistule cholécysto-gastrique.

Sitôt arrivé dans l'intestin, le calcul provoque de violentes contractions qui déterminent un spasme à son niveau et empêchent sa progression.

C'est surtout dans la portion terminale de l'iléon, probablement à cause du plus petit diamètre de l'intestin à

ce niveau, que se fait l'arrêt du calcul. A ce point d'arrêt, au contact du calcul, l'intestin se congestionne, s'œdématie, enchatonne le calcul, alors les phénomènes d'occlusion commencent.

SYMPTOMATOLOGIE

Comme l'on peut s'en rendre compte d'après les vingt-six observations que nous publions ou reproduisons le diagnostic d'iléus biliaire est un diagnostic, le plus souvent difficile et qui est assez rarement fait. Sur ces 26 cas en effet, le diagnostic n'a été fait que 4 fois.

Chez un malade en état d'occlusion, on envisage différentes hypothèses, différents diagnostics, rarement on songe à l'arrêt d'un calcul biliaire dans l'intestin.

Cela tient tout d'abord à ce que ces faits ne sont pas très fréquents, l'iléus biliaire en effet, comme nous l'avons dit ne constitue que 2 à 3 % des cas d'occlusion intestinale, et ensuite parce qu'ils n'ont pas une symptomatologie bien définie.

Cependant si l'iléus biliaire n'a pas une symptomatologie bien définie, néanmoins souvent la coexistence de plusieurs signes, l'allure un peu spéciale de l'affection, et surtout certains accidents qui précèdent l'iléus, doivent sinon faire poser un diagnostic certain, du moins faire envisager la possibilité d'un calcul dans l'intestin. Nous étudierons donc d'abord les accidents qui précèdent l'iléus, c'est-à-dire les prodromes.

Prodromes. — Les accidents occlusifs ne constituent le plus souvent qu'un faux début, l'occlusion, en effet, est annoncée plus ou moins longtemps à l'avance par divers signes, divers prodromes plus ou moins nets mais qui dans la plupart des cas ne font pas défaut.

Le calcul, en effet, passe dans l'intestin, le plus souvent par perforation de la vésicule et de l'intestin.

Si dans certains cas cette perforation se fait par usure lente des tissus, ne donnant lieu à presque pas de signes, le plus souvent elle se fait par rupture brusque des parois, et c'est alors un début aigu, presque dramatique, ressemblant à la perforation d'ulcus.

De plus, ce calcul, passé dans l'intestin, n'est pas toujours bloqué d'emblée, il chemine un certain temps et nous avons vu que c'était surtout à la partie terminale de l'iléon que se faisait l'arrêt.

Durant son cheminement, ce calcul occasionne des troubles de l'intestin, il occasionne des spasmes et ces troubles se traduisent par des perturbations dans le transit intestinal, par des crises de sub-occlusion.

C'est là la phase de pré-occlusion, phase qui précède l'occlusion confirmée de plus ou moins de temps.

Les prodromes ne se présentent pas toujours avec la même netteté, et en effet la perforation de la vésicule comme nous l'avons dit peut se faire lentement et silencieusement. De plus, le calcul durant son cheminement peut provoquer le minimum de troubles intestinaux, l'occlusion confirmée ne sera alors précédée que de peu de signes qui passeront plus ou moins inaperçus, parfois seulement par une constipation plus rebelle que

d'habitude, mais qui chez un malade constipé habituellement ne donnera pas d'inquiétude ; l'occlusion, dans ce cas-là, paraîtra être le vrai début de l'affection. C'est donc qu'avec soin qu'il faudra rechercher les prodromes et tâcher de les dépister sous un début en apparence brusque.

Douleur. — La douleur est le premier signe en date.

Elle survient le plus souvent très brutalement chez une femme en bonne santé apparente.

Elle apparaît à n'importe quel moment de la journée — mais surtout après les repas — 2 ou 3 heures après (Obs. II), quelquefois beaucoup plus tard dans la nuit.

Presque toujours c'est une douleur d'emblée intense, lancinante, donnant parfois la sensation d'une déchirure (Obs. VI), puis qui se calme au bout d'un certain temps, pour reprendre plus violemment ensuite. Elle ne présente pas toujours cette intensité, elle est quelquefois plus sourde, semblable à des coliques, intermittente.

Son siège est variable, c'est tantôt la région péri-ombilicale, quelquefois l'hypochondre gauche (Obs. XIII) mais le plus souvent c'est l'hypochondre et le flanc droits (Obs XXI, XIV, XVIII, XIX).

Dans certains cas enfin il n'y a pas de localisation précise.

Elle s'irradie quelquefois d'abord vers l'épaule, le dos simulant à s'y méprendre une crise de colique hépatique puis ensuite (Obs. VI) elle s'irradie vers l'étage inférieur de l'abdomen, elle se déplace même vers cet étage inférieur.

Vomissements. — En même temps que la douleur on voit apparaître des vomissements, ce sont d'abord des vomissements alimentaires, puis bientôt biliaires. Ils sont généralement assez abondants, consistant parfois en plusieurs litres (Obs. VI).

A ce moment-là, on notera quelquefois une petite poussée thermique, quelquefois également on peut voir apparaître du subictère ou même de l'ictère (Obs. VII, XXVII), mais dans ces cas-là, il est probable que le calcul a effectué sa migration, non à travers une fistule, mais probablement par le cholédoque.

On a signalé à cette période des hémorragies intestinales prémonitoires (Korte) il semble que ce soit là un symptôme assez rare, nous ne l'avons retrouvé dans aucune des observations publiées ces dernières années. Mais comme le font remarquer Bonnecase et Le Chaut il est possible que ces hémorragies ne soient décelables que par les réactions chimiques et qu'ainsi elles passent souvent inaperçues ; on a signalé aussi des hémathémèses.

Le Pr Chauffard insiste dès le début des accidents sur le « vidage brusque et massif de l'intestin ». Dans la nuit, au moment où se produit la douleur de déchirure de perforation, survient un besoin impérieux de défécation, la malade a une selle formidable. Ce signe paraît assez rare, nous ne l'avons noté dans aucune des observations.

Phase de sub-occlusion. — Après ce début brutal, on voit apparaître souvent un calme relatif de quelques

heures ou de quelques jours (Obs. VI, VII, VIII, IX, XXV, XXIII).

Pendant ce temps là la malade ne souffre plus guère, mais elle présente un état nauséeux, de la sensibilité abdominale et surtout des troubles du transit intestinal consistant soit en constipation marquée, soit en alternatives de flux diarrhéique et d'arrêt des matières et des gaz.

Le calcul, en effet, est passé dans l'intestin mais il ne l'obture pas d'emblée, le péristaltisme intestinal force par instants l'obstacle, il s'ensuit un flux de matières mais ce calcul, en cheminant, irrite l'intestin, d'où productions de contractions, de spasmes de l'intestin. Vienne un spasme plus violent et le calcul est définitivement bloqué et c'est alors la période d'occlusion confirmée.

Mais à cette période d'occlusion confirmée, comme nous le verrons, il est souvent trop tard pour agir et de plus à ce moment-là le diagnostic importe beaucoup moins, il y a occlusion, il faut intervenir. C'est donc dès maintenant qu'il faut tâcher de faire le diagnostic. Ce diagnostic s'appuiera alors sur l'étude de la douleur, sur l'étude des troubles intestinaux qui ont suivi, sur les antécédents que nous allons étudier maintenant.

En présence de ces divers troubles, troubles gastro-hépatiques d'une part et troubles intestinaux d'autre part, en présence d'antécédents nets de lithiasse biliaire, on pourra alors penser à la migration d'un calcul dans l'intestin, et l'on fera faire une radio. L'observation de

M. Mondor nous apprend que l'on voit sur le cliché et le siège de l'occlusion et la nature de l'obstacle.

Antécédents : L'iléus biliaire étant une complication de la lithiasie biliaire, il semblerait que l'on doive toujours retrouver dans le passé de ces malades, quelques-uns des accidents auxquels donne lieu la présence de calculs dans les voies biliaires.

En réalité, il n'est pas toujours ainsi et dans un certain nombre de cas, assez restreint il est vrai, on ne relève dans le passé des malades atteints d'ictères, absolument aucun antécédent lithiasique.

L'iléus biliaire constitue alors l'accident initial, l'accident révélateur d'une lithiasie complètement latente jusqu'à ce jour.

Cependant dans la plupart des cas ces antécédents existent, mais souvent ils sont si lointains que l'on ne fait pas le rapprochement de cause à effet avec l'affection ancienne et les accidents aigus actuels, de plus ils se présentent avec plus ou moins de netteté.

Tantôt, en effet, la malade présente un passé hépatobiliaire, caractéristique, elle a eu des crises de coliques hépatiques franches ou bien des coliques vésiculaires violentes ; elle a présenté un ictère avec décoloration des matières et urines foncées, elle a présenté des rejets antérieurs de calculs soit par vomissements, soit dans les selles. Dans ce cas-là les antécédents sont nets et ils ne peuvent pas être méconnus.

Mais dans d'autres cas, au lieu de ces antécédents typiques, on ne retrouve dans le passé de la malade, que quelques vagues douleurs en ceinture à la base du tho-

rax, de la pesanteur dans l'hypocondre droit, un certain état migraineux s'accompagnant de vertiges et de nausées.

Dans ces cas-là, il sera souvent difficile de retrouver les antécédents, et si on les retrouve de faire le rapprochement entre ces accidents et les accidents actuels.

Dans une statistique qui porte sur 94 cas, Lesk a trouvé :

Des antécédents nets dans 49 cas.

Des antécédents peu nets dans 25 cas.

Des antécédents nuls dans 20 cas.

Bonnecase et Le Chaux trouvent que cette proportion est un peu forte, ils n'ont retrouvé des antécédents nets que dans un tiers des cas.

Sur 25 cas où il est fait mention des antécédents :

Nous avons trouvé des antécédents très nets dans 14 cas ;

Peu nets dans 6 cas ;

Nuls dans 3 cas.

Concluons donc que les antécédents très nets existent dans la majorité des cas, leur recherche est de la plus grande importance, car la connaissance de ces antécédents est d'un intérêt primordial pour faire un diagnostic précoce.

Période d'occlusion confirmée

A cette période on a affaire à un tableau banal d'occlusion intestinale, mais avec certains points un peu spéciaux à l'iléus.

La douleur en général ne présente pas grand'chose de particulier. Le plus souvent elle est sans localisation précise, elle est diffuse, généralisée à tout l'abdomen, cependant quelquefois, elle est plus caractéristique. Elle se déplace alors vers l'étage inférieur de l'abdomen elle chemine avec le calcul (Chauffard) et elle va se localiser en un point quelconque du ventre, le plus souvent la fosse iliaque droite où elle simule l'appendicite (Obs. XVII) et répondant à l'arrêt du calcul au niveau de la valvule iléo-cæcale.

Les vomissements qui étaient d'abord alimentaires, puis bilieux, deviennent plus ou moins rapidement fécaloïdes. Pour certains auteurs comme Dragon, ces vomissements fécaloïdes ne surviendraient que fort tard, pour d'autres comme Naunyn, ils succèderaient rapidement aux vomissements bilieux. En réalité la date d'apparition de ces vomissements varie avec le siège de l'occlusion, elle est précise dans une occlusion haute siégeant dans le jéjunum ou dans la première portion de l'iléon, elle est plus tardive dans une occlusion de basse.

L'arrêt des matières et des gaz se fait tantôt complet d'emblée (Obs. V, VI) mais le plus souvent il se fait progressivement (Obs. XX, X) par poussées successives avec des intervalles de rétrocession. Il faut noter que quelquefois après l'arrêt des matières, les gaz continuent à passer et certains ont voulu voir là un caractère particulier à l'iléus biliaire.

Le ballonnement du ventre est variable suivant le siège de l'occlusion, dans une occlusion haute il est en

général assez peu marqué, dans une occlusion basse, il est parfois considérable (Obs. XIV).

L'anse intestinale sous-jacente à l'obstacle se dessine quelquefois sous la paroi et on peut percevoir des mouvements de reptation de l'intestin dus à des contractions péristaltiques (Obs. II, XIV).

La percussion révèle parfois un certain degré de tympanisme péri-ombilical avec matité dans les flancs.

A la palpation on trouve souvent une zone douloureuse au niveau de laquelle la paroi se défend, cette zone siège soit dans la région péri-ombilicale, soit dans la fosse iliaque droite. Mais très souvent aussi le ventre est douloureux dans tout son ensemble. Dans d'autres cas on trouve un ventre resté souple, sans contraction musculaire et la palpation ne réveille aucune douleur (Obs. V).

Fait plus important la palpation a permis quelquefois de sentir le calcul lui-même à travers la paroi abdominale. D'après Schuller ce signe aurait été rencontré 20 fois sur 150 observations. Cruveilhier, Villar, Potherat, René François, l'ont observé.

Dans les observations publiées ci-dessus, trois fois le calcul a été senti à travers la paroi et deux fois le diagnostic d'iléus biliaire a pu être fait.

Dans l'observation VII, le calcul a été perçu sous forme d'une masse du volume d'une petite mandarine très dure, très mobile et très douloureuse, située dans la région péri ombilicale gauche à 5 cm de l'ombilic et un peu au-dessus de lui.

Dans l'observation XII, la masse située dans l'hypochondre droit avait le volume d'un œuf de pigeon.

Dans l'observation XXIV, elle était située à droite et au-dessus de l'ombilic.

Le toucher rectal a permis à certains auteurs (Villar, Delagenière) de percevoir le calcul. Et Leuret (Obs. XVIII) ayant opéré un toucher rectal sur un malade endormi au chloroforme, put sentir le calcul et l'extraire par les voies naturelles.

Le toucher vaginal enfin a permis à Guillemain (Obs. IV) et à Cochez d'Alger, de sentir le calcul qui était situé dans le premier cas très en haut et à gauche de l'utérus, dans le deuxième cas derrière l'utérus, loin de la paroi osseuse.

A cette période d'occlusion confirmée peu de signes peuvent faire pencher le diagnostic en faveur de l'iléus aussi l'examen radiographique ne devra pas être négligé.

Radiographie. — Nous ne connaissons d'examen radiographiques d'iléus biliaire que celui de M. Mondor.

Il montra très nettement une occlusion du grêle, par obstacle intra-intestinal : les contours d'un corps étranger ovoïde étaient nets et faisaient du calcul une sorte de « tête de serpent opaque dessinée par les anses remplies de baryte ».

Cet examen dont on ne trouvait jusqu'ici dans la littérature que le vœu (Mauclaire, Cadenat) ou que des simulacres sur le cadavre (Daraignez, Bourde) est un examen très important, capable de lever tous les doutes.

Fait très tôt, dès le premier jour de l'arrêt des gaz, il fera obtenir un diagnostic qui est souvent très difficile. On lui devra, certainement, à l'avenir, si l'on sait recourir à lui, des diagnostics vite clairs et des opérations plus souvent curatives.

Formes cliniques. -- A côté de cette forme, que nous venons de décrire, forme à début bruyant, avec des prodromes nets, il existe d'autres formes à allure plus rapide ou plus lente.

Forme subaiguë. — C'est une forme lente d'obstruction amenant à l'occlusion complète en 8 à 15 jours (Obs. VII, XXII). La douleur est discrète, sans localisation précise. L'arrêt des matières et des gaz n'est pas absolument complet. Peu de météorisme, l'état général reste bon. Puis peu à peu l'occlusion se complète. L'évolution dans cette forme se fait quelquefois vers l'expulsion du calcul sous l'influence d'un lavement ou d'une purge.

Forme aiguë. — A la phase aiguë du début succède immédiatement la période d'occlusion confirmée (Obs. V). Ici plus de phénomènes de sub-occlusion. L'arrêt des matières et des gaz est d'emblée complet. Les vomissements fécaloïdes sont précoce et fréquents. L'état général est grave très rapidement, et les malades peuvent être emportés en quelques heures. Naunyn cite le cas d'une malade qui a été emportée en 30 heures.

Forme en étages. — Elle est caractérisée par une suite de crises successives produites par un calcul. S'arrêtant à divers étages du tube digestif (Obs. VII) ou par

plusieurs calculs se suivant à intervalles variables (Obs. XXII).

Formes suivant la localisation.

Certains auteurs ont décrit des formes suivant leur localisation, forme duodénale, forme jéjunale, etc...

En réalité ces formes se rattachent à une des formes que nous venons de décrire.

Si l'arrêt du calcul se fait dans la haute portion de l'intestin grêle, duodénum, jéjunum, haute portion de l'iléon, l'évolution sera celle d'une occlusion aiguë, avec arrêt des gaz et des matières complet d'emblée, avec vomissements fécaloïdes précoces, avec un état général rapidement grave. Les localisations basses donnent lieu à une forme plus lente, caractérisée par une période de sub-occlusion plus ou moins longue, par une apparition tardive des vomissements fécaloïdes, par un état général assez bon durant quelque temps.

Evolution. — La durée des accidents est variable, elle est influencée par divers facteurs.

Par le siège de la lésion, les occlusions hautes ont une marche plus rapide que les occlusions basses.

Par le degré de l'occlusion.

Par les réactions inflammatoires de l'intestin et du péritoine.

La guérison spontanée se voit quelquefois, le calcul peut s'éliminer spontanément (Obs. III, IV, XIV) cette élimination se fait en un temps plus ou moins long, variant de quelques heures à quelques jours (8 jours Obs. III). Daraignez cite un cas dans lequel l'élimination a duré 2 mois.

Mais le plus souvent le calcul se bloque en un point, et alors l'intervention s'impose.

Cette intervention est grave, les statistiques indiquent une proportion de mortalité des 2 3 sur 100 cas opérés.

Dans les observations que nous reproduisons, sur 18 fois que l'on est intervenu, 11 fois l'opération a été suivie de mort.

Pourquoi cette affection est elle aussi grave ?

L'iléus biliaire ne paraît pas avoir de gravité spéciale en lui-même.

La gravité du pronostic semble provenir des causes suivantes :

1° Ces malades sont âgées ;

2° Elles ont des cellules hépatiques plus ou moins tarées et les voies biliaires extra ou intra-hépatiques toujours infectées à des degrés divers ;

3° L'obstacle siège le plus souvent sur le grêle ;

4° L'opération nécessite l'ouverture de l'intestin à contenu hyperceptique ;

5° Enfin et surtout ces malades sont opérées trop tardivement, le diagnostic restant longtemps hésitant. La radiographie sera donc d'une importance primordiale pour faire un diagnostic précoce.

Obs. I (*inédite*). — M. MONDOR.

Je suis appelé, le dimanche 4 novembre 1929 auprès d'une malade Mme B..., âgée de 49 ans.

Cette malade est soignée par un excellent médecin qui s'étonne de vomissements : « probablement fécaloïdes » et incessants depuis 10 jours.

Le premier jour de la maladie n'avait été marqué que par une douleur abdominale assez soudaine mais peu violente; cette douleur, transversale, sus-ombilicale, en barre, n'avait pas paru nécessiter le repos au lit, la malade allait, venait, ne songeait pas à s'aliter. Les vomissements apparurent, d'emblée copieux et malodorants, mais le médecin n'a jamais rien vu au cours de cette crise qui put faire penser à un syndrome absolument grave.

Quand je vois la malade, elle est dans un état très grave, le pouls à 130, les yeux cernés, le nez pincé, la langue sèche, l'oligurie extrême.

L'examen est difficile à cause de l'obésité de la malade.

Mais le ventre est souple, indolore, non tympanique, non météorisé, je ne provoque de douleur qu'à droite de l'ombilic, par un palper très appuyé.

Je me fais renseigner sur les antécédents de la malade; elle avait été soignée l'an passé pour une série de coliques hépatiques envoyée à Vichy en août et était restée sans ennui, de ce côté, depuis la saison thermale.

Le diagnostic de la crise actuelle est difficile, même en retenant comme importance primordiale, cette notion d'antécédents de lithiase biliaire, je ne trouve aucun signe de perforation de la vésicule, aucun signe physique d'occlusion intestinale: nul tympanisme, nul péristaltisme. L'arrêt des matières et des gaz est d'abord dit complet par la malade, et depuis les 10 jours de maladie; puis les restrictions de l'entourage aidant, on ne retient pas ce signe comme certain.

Je pense plutôt à une pancréatite hémorragique à forme subaiguë, comme l'état général est si précaire, l'obésité si marquée, la date de mon appel si tardive, je demande une demie journée de surveillance, et la ressource d'un nouvel examen, après lavage d'estomac, atropine, glace sur le ventre, goutte à goutte intra-rectal.

Le lendemain, il n'y a plus de vomissement, le pouls est

à 90. Le surlendemain, quelques gaz. Le facies est meilleur, le pouls reste à 90. Les signes physiques sont toujours négatifs. Je demande un examen radiographique : c'est le 12^e jour depuis le début des accidents.

Le radiographe me téléphone : occlusion du grêle.

Je décide d'intervenir, mais à partir de ce moment la malade a deux, trois, quatre selles et des gaz.

Je retarde l'intervention puisque semble s'annoncer une guérison spontanée si souhaitable chez cette obèse à énormes parois.

Mais le lendemain la malade est mourante. Brusquement 39,4, pouls imperceptible, extrémités bleues et froides, conscience éteinte. Je pratique la laparotomie, à peu près sans anesthésie. J'extrais du grêle où il est fixé un calcul biliaire presque aussi gros qu'un œuf : la malade succombe à la fin d'une intervention qui a duré 10 à 12 minutes.

Cette occlusion haute du grêle avait donné les signes fonctionnels, douleurs, vomissements, arrêt des matières, mais aucun signe physique : ni distension de l'abdomen, ni tympanisme, ni péristaltisme. Elle avait évolué avec des alternatives de crises graves et de sédation, elle avait paru se résoudre spontanément vers la guérison.

La radiographie m'éclaira surtout lorsque j'eus l'image en main : on y voit l'arrêt net de la baryte et précédant cet énorme serpent opaque une tête plus claire, à contours ovalaires parfaitement dessinés : c'est le calcul.

Pourquoi cette absence si trompeuse de signes physiques ? J'en eus l'explication, elle est toute simple. Cette malade était adipeuse mais sa paroi épaisse n'était pas responsable de l'obscurité de l'exploration abdominale : Ce que je vis, au cours de la laparotomie, m'instruisit. Une fois le péritoine ouvert, je m'attendais à devoir lutter contre la sortie immédiate des anses distendues ; je ne vis aucune anse intestinale et pus croire, un instant, qu'il n'y avait pas occlusion ; c'est qu'il y avait un énorme écran de graisse :

un tablier épiploïque — d'une épaisseur et d'un poids peu commun — retombait lourdement au devant de tout l'intestin grêle. Ce n'est qu'après l'avoir relevé que les anses distendues apparurent. Il les maintenait cachées à toute exploration clinique manuelle.

Je n'oublierai plus cela. Le ventre gras d'un occlus peut-être mat : les anses intestinales peuvent ne pas se révéler : attendre le péristaltisme, le tympanisme, le météorisme, c'est une imprudence, ce sont des signes chez les maigres : leur absence absolue, chez les plus gras, doit être connue et retenue.

Obs. II (PAUL BRODIN, Clinique de l'Hôpital St-Antoine 1925).

Une femme de 60 ans est prise brusquement de douleurs abdominales très vives pendant le repas du soir. Les phénomènes douloureux s'atténuent dans les heures qui suivent pour reprendre très violents pendant la nuit. S'accompagnant cette fois de vomissements répétés.

En raison de l'excellent état général de la malade on aurait pu penser à un simple embarras gastrique mais trois faits attireraient l'attention.

La palpation réveillait une douleur très vive près de l'ombilic, il n'y avait pas de diarrhée mais de la constipation et enfin nous relevions trois crises douloureuses abdominales. La 1^{re} crise en août 1923 avait tous les caractères d'une colique hépatique, elle ne laissa après elle qu'un peu de subictère et la perte de l'appétit, la 2^e crise en décembre 1923 fut une crise lithiasique plus intense et elle s'accompagna de fièvre, la 3^e crise en janvier 1924 fut très intense. On envoie la malade à Vichy au cours de l'été et c'est deux mois après qu'éclate l'accident aigu.

Nous prescrivons le repos et des antispasmodiques ; le lendemain les signes sont les mêmes, vomissements, douleurs, constipation, de plus la malade n'a pas eu de gaz et

elle nous précise que les crises paroxystiques qu'elle présente se déplacent de gauche à droite, on constate que ces crises douloureuses s'accompagnent de violentes contractions péristaltiques, vomissements porracés.

Devant ces signes nous posons le diagnostic d'occlusion portant sur l'intestin grêle à cause du ballonnement, de la nature porracée et non fécaloïde des vomissements.

La laparotomie permet de constater que le côlon et la partie terminale du grêle sont aplaties alors que la partie supérieure de l'iléon est dilatée. Au point qui sépare ces deux aspects on tombe sur un gros calcul que l'on extrait par une boutonnière faite au dessus du point où il est bloqué.

Les suites opératoires furent excellentes, la malade sortit guérie au bout de trois semaines.

Le calcul retiré est volumineux, irrégulier.

Obs. III (GUILLEMIN *Archives franco-belges de chirurgie*, novembre 1925).

Mme P..., 50 ans, entre à l'hôpital le 19 août 1925 pour un syndrome d'obstruction intestinale remontant à 8 jours. Le médecin qui l'envoie et qui l'a observée rejette l'hypothèse d'une sténose néoplasique et signale l'apparition de coliques pour lesquelles il a donné ses soins il y a un an.

Antécédents. — Mariée à 27 ans, la malade a eu un enfant et une fausse couche. Pas de lithiasie biliaire au cours de la grossesse ni après.

Il y a un an, crise de coliques hépatiques avec vomissements et diarrhée, ayant duré seulement quelques heures. Grâce à un régime approprié, elle n'a plus présenté de syndrome lithiasique.

Constipation habituelle.

Le 11 août après un malaise général avec nausées durant quelques heures, la malade ressent des douleurs dans le

bas-ventre, sans localisation précise et a des vomissements fécaloïdes. L'abdomen se météorise légèrement.

A son entrée. — A l'hôpital la malade ne présente pas l'altération de l'état général, habituelle dans une occlusion remontant à plusieurs jours.

Du reste l'arrêt des matières et des gaz n'a pas été complet, elle a quelques gaz et rend quelques matières en très petite quantité.

A l'examen. — Abdomen ballonné avec défense pariétale. La moindre palpation est douloureuse, surtout à la partie interne de la fosse iliaque gauche sans qu'on y perçoive de tumeur. Douleurs spontanées à ce niveau par crise. Les anses ne se dessinent pas sous la paroi. Nausées, les vomissements ont cessé. Temp. 37°4 ; pouls petit 84.

Par le toucher rectal on ne sent rien.

Le toucher vaginal révèle un utérus sensible. Le col est haut situé et repoussé à droite, le cul-de-sac droit et le Douglas sont libres. Dans le cul-de-sac gauche très haut, on perçoit une masse arrondie, très dure, du volume d'un œuf de poule, pas mobile, et dont la surface n'est pas uniformément lisse. Le contact du doigt contre cette masse provoque une douleur très vive. Par suite de la défense abdominale on ne la sent pas par le palper abdominal.

En raison du peu d'intensité du syndrome d'occlusion on essaie le traitement médical. Après 2 lavements d'huile, la malade rend un calcul biliaire gros comme un œuf de poulette, et sitôt après elle a plusieurs selles diarrhéiques, candrées, abondantes dans lesquelles on ne trouve plus d'autres calculs.

Le météorisme disparaît rapidement, les nausées cessent, le pouls se rétablit.

La malade se rétablit rapidement, le poids du calcul était de 9 gr. 7.

Obs. IV (Du même auteur).

Mme L., 61 ans, a eu 4 enfants. Dans le courant de ses grossesses, elle n'a pas présenté d'affections hépatiques ou vésiculaires. Au moment de ses règles crises migraineuses pendant 24 à 36 heures avec abondants vomissements de bile.

En 1920, première crise de coliques hépatiques. La malade a souffert pendant 15 jours, pas de vomissements, pas d'ictère, pas d'arrêt des gaz ni des matières qui n'ont pas été décolorées. Urines acajou. Rien jusqu'en 1922, époque à laquelle la malade fait une 2^e crise moins forte que la première et qui dure 8 jours. Pas d'ictère. Selles non décolorées.

Le 25 février 1925 une nouvelle crise survient caractérisée par un début brusque avec vomissements, un état nauséeux persistant pendant plusieurs jours avec douleurs abdominales généralisées. Sur cet ensemble symptomatique se greffe une congestion pulmonaire, dans le décours de laquelle les signes vésiculaires réapparaissent, douleur au creux épigastrique avec irradiations dorsales, entre les deux épaules, dans l'épaule gauche et le côté gauche du cou quelques vomissements, subictère, selles décolorées.

Le 19 juin crise hépatique très violente avec quelques vomissements peu abondants. L'ictère s'accroît.

A son entrée à l'hôpital le 22 juin, la malade ne présente pas de température. Le pouls est normal : la langue est blanche, saburrale. L'ictère est très foncé, constipation opiniâtre, matières décolorées. Emission de quelques gaz, l'abdomen est météorisé.

La malade accuse de violentes douleurs dans le creux épigastrique et l'étage abdominal supérieur. Ce sont des coliques vives à point de départ sous-hépatique qui peu à peu s'étendent à tout l'abdomen et s'irradient dans le dos.

L'examen radiographique de la région vésiculaire ne ré-

vèle pas de calculs, mais on constate des adhérences avec déformation du bulbe duodéal.

Au bout de 3 jours amendement de tous les symptômes. La malade rentre chez elle, et elle est en parfaite santé jusqu'au 15 juillet. A cette date elle éprouve pendant 36 heures de très violentes coliques dans la région sus-ombilicale Vomissements très abondants, environ 4 litres de bile. L'ictère réapparaît. Arrêt de selles et des gaz pendant trois jours. La malade prend une purge et elle évacue le lendemain un calcul ovoïde, lisse, pesant 13 gr. 2.

Pendant 10 jours la malade évacue une grande quantité de petits graviers, puis au bout de quelque temps, l'état général devient parfait.

Obs. V (M. CHENUT, chirurgien des Hôpitaux de Bordeaux, *Revue de Chirurgie*, n° 4, 1927).

S.F.cultivateur, entre le mercredi 10 mai 1922 à l'hôpital St-André pour des accidents d'occlusion intestinale qui ont débuté le samedi 6 mai dans l'après-midi par une douleur très vive généralisée à tout l'abdomen s'accompagnant de vomissements bilieux très abondants.

En même temps le malade ne rendit plus ni selles ni gaz, l'intestin fut bloqué d'emblée. S'il n'eut pas de fièvre et si son ventre ne se ballonna pas, les douleurs persistèrent ainsi que les vomissements.

Le dimanche 7 mai apparition d'un hoquet qui depuis n'a pas laissé de répit au malade, urines foncées rares. A l'interrogatoire, l'on apprend que du 3 au 5 février 1922 le sujet a présenté des accidents fébriles qui se sont accompagnés de douleurs au niveau de l'hypocondre droit, sans ictère; depuis sensibilité de cette région avec apparition irrégulière de coliques peu violentes. Jamais de diarrhée ni de constipation.

Le malade a en outre éprouvé, il y a longtemps des dou-

leurs gastriques avec brûlures sans hématomèses ni vomissements.

A l'examen, le 10 mai : Malade fatigué, avec un facies subictérique, présentant un hoquet ininterrompu. Pouls régulier à 114, t. 37,3. Il a eu 2 vomissements porracés, d'odeur fécaloïde.

Le ventre est ballonné dans la région ombilicale les flancs ne sont pas distendus. Il est souple, sans contracture musculaire, ni douleur provoquée nette en un point. Le diaphragme se mobilise mal. L'abdomen est sonore dans toute son étendue, la matité hépatique a disparu. Toucher rectal est négatif.

Occlusion de la fin du grêle d'origine imprécise, on pense à un cancer.

Opération le 10 mai : Laparotomie médiane. On trouve sur le grêle à 60 mm. du cæcum une masse dure, du volume d'un œuf de poule faisant corps avec l'intestin. Après entérotomie au-dessus du point occlus on extrait un gros calcul biliaire.

L'exploration de la région vésiculaire ne permet pas de sentir la vésicule au milieu des adhérences qui encombrent la région.

Guérison du malade après des accidents très graves dus à une insuffisance hépatique par intoxication.

Obs. VI (D^r BOURDE).

Mme A. Denise, 64 ans, entre le 2 octobre 1923 dans le service du D^r Silhol à l'Hôtel-Dieu avec le diagnostic vague de douleurs abdominales.

Histoire brève 5 jours auparavant, dans la nuit elle a été prise de douleurs abdominales violentes véritable sensation de déchirure, siégeant dans tout l'abdomen et accompagnées de quelques vomissements.

Elle est amenée à l'hôpital vers 4 heures du soir, les douleurs n'ont pas reparu depuis le début des accidents et il

n'y a pas eu de vomissements mais la constipation est absolue et un lavement ne ramène que quelques débris de matières.

Le 3 octobre, nous trouvons une femme au ventre distendu, pointant vers l'ombilic plutôt que étalé transversalement. Etat général bon.

Les lavements n'ont pu rien ramener.

On pense à un cancer du gros intestin.

A l'intervention on trouve un gros calcul pesant 23 grammes, dans l'intestin grêle à 80 c. de la valvule de Bauhin. Décès 30 heures après l'opération. A l'autopsie, adhérences de la région sous-hépatique, au milieu desquelles on découvre la vésicule.

Dans les antécédents de la malade on ne trouvait aucun signe de lithiase, ni ictère, ni coliques.

Obs. VII (Du même auteur).

Une femme âgée de 73 ans, entre à l'hôpital le 16 juin 1925 avec le diagnostic d'occlusion.

Depuis 1 à 2 semaines, elle souffre du ventre présente des nausées, de l'anorexie, un malaise vague, 5 jours avant son entrée, éclate une crise d'occlusion très nette avec ventre ballonné, péristaltisme, arrêt des matières et des gaz, vomissement verdâtres, pouls à 120-130. Pas de fièvre. Cette crise dure environ 36 heures, puis tout rentre dans l'ordre.

Pendant les 4 jours qui suivent les fonctions intestinales ne reprennent pas complètement, quelques débris sont expulsés, quelques gaz émis. A l'entrée le ventre est plat, sans voussure ni péristaltisme.

A la palpation. — Paroi grasse, flasque, déficiente, aisément dépressible, l'examen réveille des douleurs généralisées à tout l'abdomen, mais il révèle une chose capitale dans la région para ombilicale gauche à 5 cm. de l'ombilic et un peu au-dessous de lui, on découvre une masse du volume d'une

petite mandarine très dure, très mobile et dont la palpation est douloureuse. On peut prendre cette masse entre le pouce et l'index et la soulever.

Touchers rectal et vaginal ne montrent rien. Les vomissements ont cessé, mictions pénibles, temp. normale pouls 130.

A la radio, après lavement opaque on voit un côlon ascendant qui paraît diminué de volume, les autres parties de l'intestin se remplissant bien.

On porte le diagnostic d'occlusion du grêle et à cause de cette masse dure, on pense à un iléus biliaire, le D du cancer du gros intestin ayant été éliminé par la radio.

A l'opération on retire de l'intestin grêle un gros calcul pesant 43 gr. et reproduisant exactement le moule de la vésicule.

Suites opératoires ?

Obs. VIII (Même auteur).

Le 11 août 1925, Mme V. Ch., âgée de 50 ans, est amenée dans le service du P^r Silhol avec un syndrome net d'occlusion intestinale.

Il y a 15 ans la malade étant alors âgée de 35 ans est prise dans l'hypocondre et le flanc gauche de douleurs très violentes et de vomissements alimentaires.

Le diagnostic de coliques hépatiques est posé. La crise cesse rapidement mais cède le pas à un syndrome abdominal localisé à gauche à type tardif après les repas à exacerbations irrégulières, mais supportables persistant pendant 8 à 10 mois encore.

Les urines sont rares, hautes en couleurs et contiennent du sable. Aucun calcul éliminé avec les fèces. Après cette période tout rentre dans l'ordre jusqu'en janvier 23, époque vers laquelle la malade recommence à souffrir de l'hypocondre gauche. Les douleurs s'accompagnent d'un léger ictère avec urines albumineuses et contenant de la brique

pilée et d'exacerbations violentes, de préférence après les repas.

Le 8 août après son déjeuner la malade est prise d'une crise très douloureuse et très violente dans l'hypocondre gauche avec vomissements alimentaires et bilieux.

Sous l'influence de lavements la malade a deux selles diarrhéiques.

Le 10 disparition des vomissements mais arrêt complet des matières et des gaz avec ballonnement abdominal considérable. Le 11 à son entrée elle présente un abdomen ballonné avec hyperesthésie cutanée sans points douloureux précis. Arrêt complet des matières et des gaz. Vomissements fécaloïdes entrecoupés de hoquet. Mauvais état général.

Intervention : on trouve sur le grêle un calcul pesant 20 gr. 70.

Suites opératoires ?

Obs. IX (Résumée). (MOONS et GYS, *Archives Franco-Belges de chirurgie*).

Il s'agit d'une femme de 71 ans ayant présenté deux ans auparavant, en janvier 21, des crises gastralgiques violentes, irrégulières sans corrélation avec les repas, accompagnées de vomissements acido-biliaires au cours desquelles crises on observait du ballonnement de la région de l'hypocondre et du flanc droit, ballonnement qui disparaissait à la fin de la crise.

Jamais d'ictère au cours des accès.

Les divers examens pratiqués au mois de mars 1921 avaient amené à faire le diagnostic de cholécystite calculueuse. Mais l'intervention proposée à la malade avait été refusée.

Au moins de mai 1923 (le 16) la malade est prise brusquement d'une douleur violente, d'abord localisée à la partie inférieure de l'hypocondre droit puis qui s'est généralisée à

tout l'abdomen qui est météorisé et douloureux au moindre attouchement. Les selles étaient devenues depuis quelques jours de plus en plus difficiles et sont arrêtées depuis 2 jours, arrêt également des gaz. Vomissements bilieux. Pouls accéléré, pas de fièvre.

Opération le 18 mai : Gros calcul dans le côlon ascendant. Mort.

A l'autopsie : La vésicule était adhérente au duodénum et renfermait un deuxième calcul, mais ne présentait ni ulcération ni perforation.

Obs. X (Résumée) D^r FAY (*Journal de la Société de Médecine de Nice*).

Femme de 65 ans est prise brusquement le 1^{er} août au soir de malaises accompagnés de douleurs abdominales et de vomissements alimentaires. Le 2 août les vomissements se reproduisent. Il y a une ou deux petites selles. Le 3 apparition de vomissements fécaloïdes.

La malade est vue le 4 août. Elle est assez choquée, facies crispé, pouls à 80, sans température, se plaignant d'une douleur très aiguë qu'elle localise à peu près à droite de l'ombilic.

La palpation est presque impossible en raison de la douleur très violente que provoque le moindre attouchement.

Le diagnostic d'occlusion intestinale est porté et l'on trouve un calcul au milieu du jéjunum. Suites opératoires excellentes. Guérison.

Le calcul pesait 16 gr. 522, il était formé de cholestérine imprégnée de sels biliaires.

Les antécédents ne furent connus qu'après l'opération. La malade présentait un passé hépatique très net, une affection gastro-intestinale en février-mars 1924, une crise de cholécystite avec foie douloureux, selle mastic, ictère, fin avril 1924.

Obs. XI (*D^r PRAT Journal de la Société de Médecine de Nice*, octobre 28).

Mme B., russe, 65 ans, 5 enfants entre 17 et 37 ans. Souffrait du foie, jamais d'ictère, coliques vésiculaires fréquentes, souvent vomissements biliaires, troubles stomacaux, légèrement obèse, depuis un mois constipation, depuis deux semaines nausées, anorexie, amaigrissement malaises abdominaux.

Le 9 avril 1924 à 5 heures du matin, crise brusque de vomissements et de coliques. Le soir amélioration légère. Dans la nuit, nouveaux vomissements bilieux. Le ventre est très ballonné, pas douloureux. Clapotage dans l'abdomen supérieur. Pas de localisation nette en un point quelconque du ventre.

Le diagnostic d'occlusion haute de l'abdomen est posé, opération, calcul biliaire dans l'intestin grêle, l'exploration manuelle de la région sous-hépatique montre qu'elle est bloquée par des adhérences. Guérison en deux semaines.

Obs. XII (Même auteur).

Femme maigre âgée de 65 ans. Passé dyspeptique, douleurs stomacales, entérite, malade depuis des années, le 24 octobre 1927, débute par une « indigestion », dit la malade. Depuis lors vomissements presque continuels avec arrêt des matières et des gaz. Vue seulement le 27 octobre par son médecin. Le 28 au soir, nous voyons la malade. Fatigue extrême. Yeux excavés, vomissements nettement fécaloïdes. Ventre très légèrement ballonné. Absolument souple. Pouls encore bon à 100. A la palpation on sent dans l'hypochondre droit profondément une masse dure, arrondie, du volume d'un œuf de pigeon. T. 38. Depuis plusieurs jours quantité des urines extrêmement diminuée. Anurie depuis la veille. Nous portons le diagnostic d'iléus biliaire.

Intervention. Gros caillou qui obstrue le grêle. Mort en anurie complète 5 jours après.

Obs. XIII (Même auteur).

Mme L., 40 ans, entre à l'hôpital le 28 décembre 1927 pour « occlusion intestinale ».

Début de la maladie il y a 6 jours par des vomissements et un arrêt des matières et des gaz.

Malade très fatiguée, les yeux excavés avec des vomissements de mauvaise odeur, un pouls petit et rapide, la langue sèche, la peau sans élasticité. Elle donne l'aspect d'une malade profondément intoxiquée.

L'examen du ventre le montre plat, très peu sensible. Sauf au niveau de l'hypocondre droit où il existe une légère contracture.

Les antécédents de cette malade nous apprennent qu'elle a eu 3 crises de coliques hépatiques très violentes dont la dernière remonte à un an. Une autre crise est survenue un mois avant son entrée à l'hôpital. Elle est soignée pour bacillose pulmonaire et elle est diabétique sans acétone.

Nous posons le diagnostic d'obstruction intestinale haute par calcul biliaire et la malade est opérée immédiatement. On trouve un gros calcul biliaire situé dans le grêle à 40 cm. environ de l'angle duodéno-jéjunal.

Mort au 6^e jour en collapsus cardiaque.

A l'autopsie : Dans la région sous hépatique au milieu d'adhérences étendues on trouva une communication entre la vésicule et le duodénum.

Obs. XIV (M. COCHEZ, d'Alger, *Soc. de chirurgie*, novembre, 1926).

Mme B..., de âgée 65 ans, mère de 12 enfants. Souffre du foie depuis 2 ans. La première crise nettement hépatique remonte au 3 octobre 1923 elle dura 2 jours et s'accompagna d'ictère intense. La 2^e en octobre 1925 dura 8 jours suivie encore d'ictère.

La 3^e crise éclata en mai 1926, elle dura 15 jours avec subictère. Mais les douleurs localisées vers la région hépati-

que ne tardent pas à se fixer vers la partie inférieure de l'abdomen, tandis que s'établissait nettement un syndrome d'occlusion intestinale partielle caractérisée par l'arrêt des matières sans suppression absolue des gaz. Ballonnement considérable, douleurs très vives.

Quand nous sommes appelé auprès de la malade elle présente un état général grave. Par la palpation on localise un point douloureux assez net dans la région sous ombilicale. Vers la région médiane on perçoit un gargouillement. Aucune sensation de tumeur.

Par le toucher rectal on ne sent rien. On pratique le toucher vaginal. En repoussant le plus haut possible le cul-de-sac de Douglas, on sent à bout de doigts dans l'abdomen loin de la paroi osseuse, dans l'utérus, un corps très dur, arrondi, quelque peu mobile et dont la mise en mouvement provoque de vives douleurs chez la malade.

Etant donnés les antécédents nets de lithiase hépatique et étant donnée la constatation de ce corps étranger balant parmi les anses intestinales on porte le diagnostic d'iléus biliaire.

L'état de la malade ne permet pas l'examen radiographique et s'oppose même à toute intervention. L'occlusion durant depuis 8 jours la malade absorbe alors 30 grammes de sulfate de soude. Le lendemain, il se produit une débâcle, sous forme de selles très liquides et le surlendemain expulsion d'un volumineux calcul pesant 22 grammes. Guérison rapide.

Obs. XV (MM. CADENAT et THALHEIMER).

M. S..., 67 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 7 octobre 1922, pour de violentes douleurs dans l'abdomen et pour un arrêt des selles depuis 4 jours.

Début des accidents : le 1^{er} octobre, la malade a ressenti quelques douleurs abdominales impossibilité d'aller à la

selle, mêmes phénomènes le lendemain 2 octobre, le 3 octobre une petite selle, depuis ce jour-là, ni selle, ni gaz.

Le 4 octobre la malade commence à vomir, son ventre devient de plus en plus douloureux surtout à droite et se ballonne. Laxatifs et purges sans résultats. A l'examen, le 7 octobre. Ballonnement sous-ombilical avec anses visibles au-dessus et à gauche de l'ombilic et animées de mouvements péristaltiques. A la palpation, ventre sensible et tendu. A la percussion, tympanisme surtout marqué à gauche de l'ombilic, le cæcum ne semble pas distendu.

Les touchers rectal et vaginal ne révèlent rien d'anormal.

Etat général bon, teint coloré, pouls à 92 bien frappé, langue encore humide, le diagnostic d'iléus biliaire n'est pas fait, car la malade n'accuse ni colique hépatique, ni ictère. Ce n'est que plus tard que l'on apprendra, qu'elle a eu un léger subictère en 1892 et des douleurs intercostales droites il y a 25 ans.

Intervention le 7 octobre. Calcul du volume d'une noix situé environ à 1 mm. de l'angle iléo-cæcal. Mort au bout d'une semaine. A l'autopsie, adhérences avec fistule cholécystoduodénale.

Obs. XVI (ROSS SMITH, *The British Medical Journal*, 1926).

Femme âgée de 54 ans se plaignant de douleurs abdominales est admise à l'hôpital le 6 mai 1925. Les douleurs ont commencé 3 jours auparavant, ce sont des coliques siégeant autour de l'ombilic et dans l'hypocondre droit. Puis les vomissements sont apparus, abondants se répétant plusieurs fois par jour. Les matières vomies d'abord bilieuses sont devenues rapidement fécaloïdes. Arrêt absolu des matières, mais persistance des gaz.

L'abdomen est modérément distendu.

On ne sent aucune masse par le palper, ni par le toucher

rectal. L'état général est bon. Temp. : 38, pouls un peu rapide. On fait le diagnostic d'occlusion intestinale de cause inconnue.

Opération : petit intestin distendu et congestionné. A la jonction de l'iléon et du cæcum, on trouve un gros calcul inclus dans l'intestin. Au-dessus de l'occlusion, l'intestin présentait un volvulus. Guérison de la malade.

Obs. XVII (LEURET, *Paris Chirurgical*, 1925).

Malade âgée de 54 ans entre à l'hôpital le 24 décembre 1925, présentant des signes d'obstruction intestinale.

Depuis deux mois se plaint de douleurs irradiées vers le rectum, et d'une constipation devenant de plus en plus opiniâtre.

A l'examen, l'auteur découvre un gros fibrome de l'utérus, remontant presque jusqu'à l'ombilic et se prolongeant vers le rectum, et il fait le diagnostic de fibrome comprimant le rectum, et déterminant secondairement de la constipation.

Opération le 25, le fibrome est enlevé, mais en nettoyant le petit bassin l'opérateur rencontre à la terminaison de l'S illiaque une tumeur intestinale très dure, bien limitée, à contours irréguliers et qui devait être la cause de la constipation.

L'opérateur referme le ventre, voulant faire la résection dans une autre séance, il pratique alors un toucher rectal pendant le sommeil de la malade, son doigt tombe sur un corps d'une dureté ligneuse, obturant toute la lumière de l'intestin, et il pense qu'il est en présence d'un morceau de bois, qu'il tente d'extraire immédiatement, par les voies naturelles. Passage à travers l'anus, laborieux. Il s'agissait d'un volumineux calcul biliaire en forme de calotte à convexité supérieure hérissé de prolongements multiples et présentant 2 orifices grâce auxquels la malade évita une occlusion complète.

Obs. XVIII (D^r GATELLIER, *Archives des maladies de l'appareil digestif*, 1924).

Mme M., 45 ans, entre le 20 octobre 1923, pour un syndrome d'occlusion intestinale du grêle (fausse ascite, pas de sonorité spéciale colique, ni cæcale, ballonnement surtout péri-ombilical). Choc marqué, pouls à 140, T. 36,8.

Dans les antécédents on relève une crise d'ictère il y a 7 ans et une autre passagère il y a 3 ans.

Il y a 3 semaines, douleurs aiguës dans la région de l'hypocondre droit, avec vomissements.

Intervention. Laparotomie médiane, anses grêles, dilatées, violettes, en un point, en un autre point anses grêles aplaties à la jonction des deux portions l'on sent un énorme calcul que l'on extrait par entérotomie. Mort deux heures après l'opération avec cyanose, état syncopal, sueurs froides. A l'autopsie, vieille cholécystite, calculeuse et grosse fistule cholécysto-duodénale au niveau de la partie supérieure de la deuxième.

Obs. XIX (M. CAPETTE, *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1923).

Homme de 72 ans, sans aucun passé hépato-biliaire, qui présenta comme symptôme unique pendant 5 jours un hoquet continu et violent, rebelle à tous les antispasmodiques. A la suite de ce hoquet apparut un syndrome d'occlusion incomplète, avec des crises de ballonnement, mais sans vomissements et sans arrêt des matières et des gaz. Opération le 9^e jour. Calcul à un mètre de l'angle duodéno-jéjunal extrait par entérotomie. Ce calcul pesait 25 gr. et reproduisait exactement le moule de la vésicule.

Mort au 7^e jour.

Obs. XX (ANGELETTI ET MONTI, *Bulletino delle Scienze Mediche*, décembre 1925).

Femme de 47 ans ; ne présentant dans son passé que des

douleurs vagues dans l'hypocondre droit, sans fièvre, ni ictère, qui est prise brusquement d'une crise d'occlusion intestinale pour laquelle elle est opérée à la 30^e heure. On trouve dans le grêle à 50 cm. de son abouchement dans le cæcum un calcul biliaire de la grosseur d'un œuf de poule, que l'on extrait.

Pendant 12 jours l'état général est bon, puis survient une pneumonie qui emporte la malade.

Obs. XXI (BONNECAZE et LE CHAUX, *Archives des maladies de l'appareil digestif*).

Femme de 56 ans, qui entre à l'hôpital le 16 novembre 1923 pour arrêt absolu du cours des matières et des gaz.

Depuis 4 ans la malade est sujette à des crises de constipation de plus en plus longues s'accompagnant de malaise avec des coliques sourdes suivies de débâcles diarrhéiques plus ou moins sanglantes.

En même temps que la constipation, douleurs violentes limitées à la région péri-ombilicale comparables à des coliques atteignant rapidement leur maximum d'intensité douloureuse.

Depuis 15 jours, constipation opiniâtre, arrêt absolu des matières et des gaz, pas de vomissements, des nausées. A l'examen, ventre énorme, douloureux sans localisation précise, légèrement météorisé.

La radiographie fait penser à un néoplasme de l'anse sigmoïde.

Rien dans les antécédents.

Dans la nuit du 15 au 16 novembre, vomissements fécaloïdes Intervention le 16. Calcul du volume d'un œuf de poule dans une anse grêle à un mètre de la valvule iléo-cæcale.

Mort le lendemain. A l'autopsie : on découvre un autre gros calcul et un plus petit à la partie moyenne du grêle, le gros déterminant une deuxième occlusion, enfin un 4^e très petit dans la 2^e portion du duodénum, libre dans les

cavités duodénales. Il existait une large fistule cholécysto-duodénale.

Obs. XXII (DOUGLAS WILSON, *The British Medical Journal*, juin 1924).

Une femme de 66 ans est prise brusquement le 3 mars 1926 de douleurs abdominales très vives généralisées à tout l'abdomen et de vomissements bilieux.

Ces phénomènes s'atténuent les jours qui suivent, mais les selles sont peu abondantes et irrégulières. Le 8 mars reprise des phénomènes douloureux et des vomissements. Les douleurs sont intermittentes à type de colique, siègent autour de l'ombilic.

Dans la soirée disparition des phénomènes douloureux. Arrêt complet des matières et des gaz. Vomissements féca-loïdes. abdomen très distendu. Le diagnostic d'occlusion intestinale est porté, mais vu le mauvais état général de la malade, on n'opère pas. Le lendemain 11 mars la malade rendit par le rectum un énorme calcul. Guérison.

La malade avait un passé lithiasique très net, elle avait eu plusieurs crises de coliques hépatiques avec décoloration des matières et urines foncées.

Obs. XXIII (K. HILLER, *Munchener medizinische Wochenschrift*, avril 1925).

Femme de 61 ans ayant présenté pour la 1^{re} fois en novembre 1918 une crise de coliques hépatiques et par la suite des troubles digestifs, 3 mois après nouvelle crise, puis vomissements abondants, contracture épigastrique, pas d'arrêt des matières ni des gaz. Pouls 80. Temp. 36,8. A la palpation à droite et au-dessus de l'ombilic, tumeur dure de la taille d'un œuf, douloureuse.

A l'opération, on trouve un volumineux calcul biliaire dans l'antrum pylorique. Rien d'anormal dans le duodénum et dans le jéjunum, on ne dévide pas tout l'intestin à cause

de l'état précaire de la malade. Pendant 3 jours grande amélioration, puis reprise des vomissements et des coliques. On réintervient et on trouve vers le milieu du grêle, un autre calcul de la taille d'une noix, qu'on extrait.

Guérison rapide.

Fistule cholécysto-gastrique.

Obs. XXIV (M. d'ALLAINES, *Bulletin de la Société anatomique*, 1924).

M. B..., âgée de 86 ans, entre le 3 janvier 1925 à l'hôpital St-Louis, pour des accidents d'occlusion intestinale datant de 5 jours.

En pleine santé cette malade a été prise brusquement de douleurs violentes sans localisation précise. En même temps ont apparu et depuis ont persisté des vomissements incessants. La malade malgré un état général qui s'aggrave progressivement, s'est soignée à domicile par des lavements et des purgatifs, sans résultat et n'entre à l'hôpital que 5 jours après.

Durant cette période ni selles ni gaz.

A son arrivée, malade très fatiguée, les traits tirés, le teint bistré, la langue sèche indiquant une intoxication déjà mortelle. Pouls rapide. T. 36,9. Vomissements fécaloïdes. Abdomen météorisé, surtout dans les régions sous-ombilicales médiane et latérales, sonorité diffusée. Palpation non douloureuse.

Toucher rectal et vaginal négatifs.

Diagnostic : occlusion de cause inconnue.

Intervention : volumineux calcul oblitérant complètement la lumière, situé à 75 cm. de l'angle iléo-cæcal.

Mort au bout de 9 jours.

Antécédents : en 1915. Crise de constipation, douleurs épigastriques ; en 1922, crises douloureuses dans l'hypocondre droit ayant duré quelques heures, calmées par des compresses laudanisées.

Obs. XXV (M. PETIT DE LA VILLEON, *Bulletin de la Société des Chirurgiens de Paris*, 1926).

Une femme est opérée pour lithiase biliaire, on lui enlève une vésicule biliaire calculeuse, on explore le cholédoque qui apparaît vide de tout calcul. Elle paraît guérie. Au bout de deux ans, elle fait brusquement une crise d'iléus biliaire avec le tableau dramatique, douleurs, vomissements, météorisme, péritonisme. Au troisième jour tout rentre dans l'ordre et deux jours après la malade élimine cinq calculs biliaires gros chacun comme le bout du pouce.

Guérison.

Obs. XXVI (M. DARTIGUES, *Bulletin de la Société des Chirurgiens de Paris*, mai 1926).

Malade âgée de 62 ans, entre à la maison de santé pour phénomènes d'occlusion intestinale à la fin de février 1926.

Le 20 janvier 1926, la malade est prise d'une douleur violente dans la fosse iliaque et l'hypocondre droit. Le foie est très douloureux, la malade est obligée de se coucher : le ventre est ballonné, la température s'élève à 39,9, elle a des vomissements, souffre d'une façon intolérable, et n'a ni selles, ni gaz. A ce moment et pendant deux ou trois jours, elle présente un ictère net. Au dixième jour, le ventre est de nouveau ballonné et la malade souffre dans tout l'abdomen, sans qu'il y ait de localisation précise.

La malade entre à la maison de santé le 26 février 1926 ; pendant quelques jours, les phénomènes semblent s'amender, la fièvre tombe, la malade a de l'appétit, va à la selle assez bien, mais digère mal.

On fait faire une radioscopie pour tâcher de savoir la cause de l'occlusion. Elle permet seulement de conclure à des adhérences dans la région iléo-cæcale.

Intervention le 8 février 1926, c'est-à-dire un mois et demi après les phénomènes du début de la maladie et 15 jours après la dernière crise.

On trouve dans la partie terminale de l'intestin grêle, tout près de la vulve de Bauhin, un gros calcul biliaire du volume d'un œuf de pigeon qui était mobile dans la lumière intestinale. Guérison de la malade qui sort au bout de 12 jours.

Antécédents. — A l'âge de 36 ans en 1900, fièvre typhoïde, puis pendant quelques années entérite, crises de diarrhée survenant une fois par mois, s'accompagnant de violentes douleurs intestinales et de vomissements.

En 1912, crise de violentes coliques intestinales, avec abdomen ballonné, sans selles, ni gaz, mais pas de vomissements, qui a duré 8 jours.

En 1914, opérée d'un cancer du col utérin.

CONCLUSIONS

I. — Il n'existe pas de signes pathognomoniques de l'iléus biliaire, aussi le diagnostic de cette affection présente-t-il de grandes difficultés.

II. — Ce diagnostic se basera :

a) Sur le sexe et l'âge des malades. Il s'agit, presque toujours, de femmes et de femmes âgées ;

b) Sur les antécédents lithiasiques ;

c) Sur l'étude des prodromes qui précèdent souvent l'occlusion et en marquent les préparatifs ;

d) Sur un certain nombre de signes un peu spéciaux à l'iléus biliaire (perception directe du calcul au toucher ou au palper) ;

e) Mais s'il y a hésitation et c'est fréquent, la radiographie, faite dès la première alerte, aidera puissamment à hâter le diagnostic et l'intervention chirurgicale.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président de la thèse
LECÈNE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

ALBERTO GUTIERREZ. — Occlusion intestinale par calculs biliaires (*Revista de Cirugia*, Buenos-Ayres, an III, n° 2, p. 45-52).

ALGLAVE. — Iléus biliaire de la 2^e portion de l'iléon opéré au 6^e jour et guéri (*Bulletin et mémoire de la Société Anatomique de Paris*, 1913, p. 138-140).

ANGELETTI et MONTI. — Deux cas d'occlusion int.par calculs biliaires (*Bulletino delle Scienze mediche*, an XCVII, novembre-décembre 1925, p. 315-322).

BAILDON. — *The British Medical Journal*, novembre 1925.

BENETT. — *The British Medical Journal*, mars 1926.

BIDOIRE et FÈVRE. — Un cas d'iléus biliaire (*Journal de la Société Anatomique de Paris*, novembre 1926).

BONNECASE et LE CHAUX. — Iléus biliaire (*Archives des maladies de l'appareil digestif*, 1924).

BOURDE. — Diagnostic de l'iléus biliaire (*Journal Médical de France et des Colonies*, janvier 1926, p. 73).

BOURDE. — 3 cas d'iléus biliaire (*Archives Franco-belge de chirurgie*, novembre 1925).

BRODIER. — Iléus biliaire (*Bulletins et mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris*, mai 1926).

BRODIN. — Iléus biliaire (*Progrès Médical*, 1925, p. 96-98).

CADENAT et THALHEIMER. — Iléus biliaire (*Bulletin de la Société anatomique*, 1922).

CAPETTE. — Un cas d'iléus biliaire (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1923).

CHAUFFARD. — Leçons sur la lithiase biliaire.

CHENUT. — Occlusion intestinale par calcul biliaire (*Revue de Chirurgie de Paris*, avril 1927).

COCHEZ. — Occlusion intestinale par calcul biliaire. Diagnostique par le toucher vaginal (*Journal de la Société de Chirurgie*, novembre 1926).

COTTE. — *Thèse Lyon*, 1908.

DARAIGNEZ. — De l'occlusion intestinale par calculs biliaires (*Thèse Bordeaux*, 1922).

DARAIGNEZ. — De l'iléus biliaire (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1921, 854 ; *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1924, p. 105).

DARTIGUES. — Iléus biliaire (*Bulletins et mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris*, avril 1926).

DAVIES. — *Atlantic Medical Journal Australien*, 1924, p. 267.

DOUGLAS WILSON. — *The British Medical Journal*, 1926, p. 990).

DELAGENIÈRE. — *Archives Provinciales de Chirurgie*, 1913, p. 193-203.

DEL VALLE et DONOVAN. — *Semana Médica*, décembre 1927, p. 150).

DUFONT. — De l'iléus biliaire.

DUCHAMP. — *Thèse Bordeaux*, 1921.

DUCHAMP. — Occlusion int. par calcul biliaire (*Méd* 1921, n° 12).

FAY. — Un cas d'iléus biliaire (*Bulletin de la Soc. de médecine et de climatologie de Nice*, octobre 1928).

FINOCHITO. — *La Prensa médica argentina*, octobre 1922).

GUIBAL. — Un cas d'iléus biliaire (*Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1921, p. 763).

GUILLEMIN. — De l'iléus biliaire et en particulier de sa guérison spontanée (à propos de 2 observations), (*Arch. franco-belges de Chir.*, Bruxelles, novembre 1925).

GIANELLI. — *Il Morgagni*, 27 septembre 1925).

GLÉNARD et GRIGAUT. — Société Biologique de Paris, 2 mai 1914).

GUÉRIN. — *Lyon médical*, 1919, n° 7.

J. HENRRICHSON. — Un cas d'iléus biliaire (*Hospitalstodente* mars 1923).

R. HILLER. — Double iléus biliaire (*Munchener medizinische Wochenschrift*, avril 1925).

JORGE. — Occlusion int. par calculs biliaires (*Semaine Médicale*, 1921, p. 688).

LEURET. — Volumineux calcul intestinal, (*Paris chirurgical*, 1925, (*Bull. et mém. de la Soc. des Chirurgiens de Paris*).

LINVIGSTONE et ALEXANDRE. — *The British Medical Journal*, octobre 1925).

MARION. — *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1910.

MÉNARD. — Société de chirurgie de Lyon, 1914.

MOONS et GYS. — Iléus biliaire (*Arch. franco-belges de chir.*, janvier 1922).

PAPIN. — *Thèse Paris*, 1913-14.

PETIT. — De l'occlusion intestinale par calcul biliaire (*Arch. médico-chirurgicales de Province*, 1921, p. 282).

PETIT. — *Journ. de la Soc. de Chir.*, 1921, n° 16.

PRAT. — Trois cas d'iléus biliaire (*Journ. de la Soc. de méd. et de climatologie de Nice*, septembre, octobre 1928).

PYBUS. — *The Lancet*, octobre 1922).

ROSS SMITH. — Arrêt intestinal obstruction du to a gall stone (*The British medical journal*, avril 1926).

SANDELIN. — Deux cas d'occlusion int. par calculs biliaires (*Fiesker lukenes allslepts, Hadlinger*, septembre-octobre 1927).

VILLAR. — De l'iléus biliaire (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1909.

WORTMANN. — *Deutsche Med. Wochenschrift*, 5 mai 1921.

1929. Saint-Amand (Cher) — Imp. A. CLERC
